

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : NOUFISSA MEKOUAR

Veuve Farid ACHOUR

Date de naissance : 20/02/1952

Adresse : Résidence OULFA-TIËT 4-maison 18

Kassabat El Kheir - HARTOURA

Tél. : 06.61.32.74.12

Total des frais engagés : 1092.70 Dhs

Docteur Ghali IRAQI

Professeur de Pneumologie

19, Angle Rue Oued Fes et Driss Agdal
Immeuble Yatribi, App. 1, R.D.C - Rabat
Tél./Fax : 0537 68 60 00 / 0694 13 13 94
INPE : 101110054

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/02/2023

Nom et prénom du malade : Hekouar Noufissa Age : 70 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 06/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur Ghali IRAQI
Professeur de Pneumologie

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6.2.23	C3		3000	
	Radiologie		200	<p>Docteur Ghali IRAQI <i>Professeur de Pneumologie</i> 19, Angle Rue Oued Fes et Draa Agdal Immeuble Yatribi, App. 1, R.D.C - Rabat Tel./Fax : 0537 88 80 00 / 0694 13 13 94</p>

INPE : 101110054
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHE BLANCHE Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina Harouna - Tel: 05 37 74 47 07 ICE: 0002141303000020 IF: 01000004 - INPE, 10285803	16/02/2023	592,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

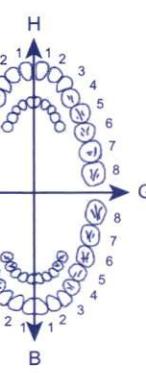
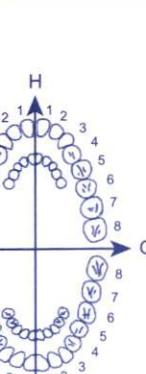
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS D'HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M^{me} MEKOUAR
NOUFISSA

PHARMACIE ROCHE BLANCHE
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina
Harhouha - Tél.: 05 37 74 47 07
ICE : 002141303000020
LF: 81309824 - INPE. 102050903

Le 06/09/2023

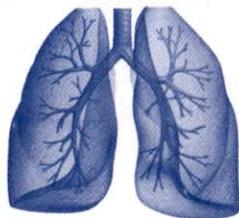
Facture N° 44

Quantité	Désignation	Prix	Montant
01	Aerosmax Nasale	190,00	190,00
01	Toplexil sp.	15,70	15,70
01	Fosfer poudre	387,00	387,00
			<u>592,70</u>

la facture est facturée à la somme de
Cinq cent quatre vingt Dzong
dirhams et 70 centimes

PHARMACIE ROCHE BLANCHE
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina
Harhouha - Tél.: 05 37 74 47 07
ICE : 002141303000020
LF: 81309824 - INPE. 102050903

Pr. Ghali IRAQI
19, Rue Draa Agdal - Rabat
Tél/Fax : 05 37 68 60 00
GSM : 06 94 13 13 94
E-mail : ghaliiraqi1@gmail.com



Rabat le : 6.2.93

Facture

ICE : 001704083000060

IF : 15215253

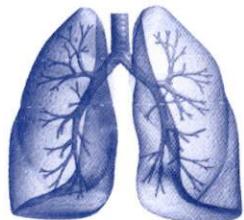
NOM ET PRENOM : Mme MEKOUAR NOUFISSA

Consultation : 300 DH

Radio pulmonaire : 200DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cent Dirhams

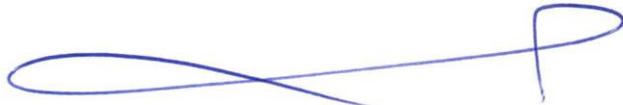
Pr. Ghali IRAQI
19, Rue Draa Agdal - Rabat
Tél/Fax : 05 37 68 60 00
GSM : 06 94 13 13 94
E-mail : ghaliiraqi1@gmail.com



Rabat le : 6/6/2023

Compte Rendu Radiologique

Lor radiographie de
Mme Nekkaar Nafissa
Dr moulay



Docteur Ghali IRAQI
Professeur de Pneumologie
19, Angle Rue Oued Fes et Draa Agdal
Immeuble Yatribi, App. 1, R.D.C - Rabat
Tél./Fax : 0537 68 60 00 / 0694 13 13 94
INPE : 101110054